

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 67

FACULTE DE MEDECINE

DES
PESÉES DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

AU

POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juin 1910

PAR

André BETTA

Né à Loreto-di-Casinca (Corse), le 24 mars 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BAUMEL, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GRANEL, Professeur,		
		VIRES, Agrégé,		
		SOUBEYRAN, Agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1910

DES
PESÉES DANS LA PREMIÈRE ENFANCE
AU
POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 67

FACULTE DE MEDECINE

DES
PESÉES DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

AU

POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juin 1910

PAR

André BETTA

Né à Loreto-di-Casinca (Corse), le 24 mars 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

{	BAUMEL, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	GRANEL, Professeur,		
	VIRES. Agrégé,		
	SOUBEYRAN, Agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*) Chargé de l'enseigne ^t de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, Secrétaire honoraire

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examineurs de la Thèse

MM. BAUMEL, <i>président</i> .	VIRES, <i>agrégé</i> .
GRANEL, <i>professeur</i> .	SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ses Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni im-

A LA MÉMOIRE DE MES VÉNÉRÉS
GRANDS-PÈRES ET GRAND'MÈRES

A LA MÉMOIRE
DE MES ONCLES JEAN, JOSEPH ET ANDRÉ BETTA

OFFICIERS D'INFANTERIE

Enlevés prématurément à mon affection

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE LE DOCTEUR SUZZARINI

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE PIERRE SUZZARINI

TUÉ A L'ENNEMI A MADAGASCAR

A. BETTA.

A MA MÈRE CHÉRIE

*Dont nous nous efforcerons d'imiter la
douceur.*

A MON PÈRE GHÉRI

*Qui nous guidera dans l'énergie et la
droiture qui le caractérisent.*

A MA SOEUR BIEN-AIMÉE

Qui fut toujours généreuse pour nous.

A MON ONCLE FRANÇOIS SUZZARINI

DE LORETO-DI-CASINCA (CORSE)

A MON ONCLE ET A MA TANTE

FRANÇOIS SUZZARINI (de Toulon)

A MON COUSIN LE DOCTEUR MORUCCI

CONSEILLER MUNICIPAL DE MARSEILLE

A. BETTA.

A MON AMI D'ENFANCE MAITRE PIERRE DUCROS

DU BARREAU D'AIX-EN PROVENCE

Sentiments fraternels.

A MON CAMARADE ET AMI
MAITRE LOUIS MARTIN

DE SAINT-PONS (HÉRAULT)

A MON EXCELLENT AMI
MONSIEUR LE DOCTEUR GAUJOUX

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A TOUS MES MAITRES
DES HOPITAUX DE MARSEILLE, D'AIX ET DE TARASCON

A MESSIEURS LES MEMBRES
DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES HOPITAUX DE TARASCON

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
DES HOSPICES DE TARASCON

*En souvenir de sa bonté et de ses qua-
lités de cœur.*

A. BETTA.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Qui nous fit l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse. Nous le
remercions bien sincèrement des mar-
ques de bonté qu'il nous donna.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRANEL

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Votre nom est inscrit dans tous les
cœurs. Aujourd'hui vous avez une
affection de plus.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBEYRAN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Qui jouit parmi les étudiants de la plus
grande estime, ce dont nous l'assu-
rons personnellement aujourd'hui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Que nous remercions particulièrement
de son caractère affable coutumier.*

A. BETTA.

AVANT-PROPOS

La présentation d'une thèse marque évidemment un beau jour puisque l'étudiant d'hier devient docteur aujourd'hui. Les soucis passés s'éteignent, les heures tristes s'envolent, l'avenir apparaît sous un horizon plus rose, les situations semblent se dessiner un peu.

Mais c'est pour nous aussi un jour de bien pieux recueillement ; ce moment est celui où l'on songe au passé, aux choses et aux êtres ; la vraie jeunesse disparaît fugitive... les lieux tant aimés ne seront plus qu'un souvenir qu'on aimera revivre... ceux que l'on affectionnait seront abandonnés avec l'inflexible rigueur des circonstances.

Et, à cette heure présente, une pensée émue va d'abord vers ces chers êtres disparus qui, victimes la plupart du devoir, ne pourront se réjouir aujourd'hui de notre bonheur.

Nous devons notre situation actuelle aux sacrifices volontairement consentis de notre père et de notre mère ; ils s'exilèrent de leur pays d'origine afin de donner à leur fils une sérieuse éducation. Je les remercie pour tout leur dévouement, pour toutes leurs heures d'angoisses vécues ; puisse-je, par mon affection inlassable et ma reconnaissance inaltérable, les dédommager un peu de ce qui fut pénible pour eux. Notre sœur fut toujours douce envers nous ; elle sut nous comprendre dans des moments difficiles, elle sut nous aimer en véritable sœur, avec son cœur généreux.

Que nos autres parents veuillent bien recevoir ici l'hommage de notre plus profonde affection ; ils sauront toujours trouver en nous un neveu ou un cousin dévoués.

Nous emportons de la vieille ville universitaire de Montpellier un agréable souvenir ; de nombreux amis ont été bons pour nous. Que de fois, notre excellent ami, Maître Louis Martin, de Saint-Pons, ne nous a-t-il pas donné de bons conseils et relevé quand nous semblions abattu ?

Il nous plaisait parfois de parler du beau pays de la Corse, notre sol natal, avec nos amis, les docteurs frères Padovani, Alberti, Orsatelli, Lanfranchi, Colonna de Lecca, le pharmacien de première classe, notre distingué camarade, Armand Dussol, de Bastia. Une mention spéciale est due à notre excellent confrère et ami, le docteur Catanéi, avec lequel nous subîmes nos derniers examens du doctorat et dont nous sûmes apprécier les hautes qualités de cœur et d'esprit.

Nous regretterons longtemps ces belles discussions philosophiques de nos jeunes amis, les frères Roumieu, ces envolées littéraires du bon docteur Guidoni, nous nous rappellerons avec émotion l'heureux caractère des docteurs Tuffery, Arochas, Jean Parès, Millaud, Bonnaud, Laurent, de l'Université de Londres. Nous tenons également à remercier le docteur Chauvin, interne des hôpitaux de Montpellier, qui nous manifesta à diverses reprises sa vive sympathie. Qu'il nous soit permis d'envoyer l'expression de notre plus profonde amitié à notre si loyal et si cordial camarade, le docteur Marius Debar, notre successeur à l'Internat des Hospices de Tarascon.

Dans Aix-en-Provence, notre ville adoptive, où nous reçûmes notre éducation générale première, nous nous souviendrons toujours de notre ami d'enfance, Maître Pierre Ducros, avec lequel nous grandîmes et travaillâ-

mes ensemble ; il nous donna toujours de solides marques d'amitié ; nous l'aimerons toujours à l'égal d'un frère, nous lui rendrons constamment l'affection qu'il nous prodigua sans cesse. Nous fîmes également nos études au lycée d'Aix, avec le docteur Gaujoux, chef de clinique médicale infantile à la Faculté de Montpellier ; il se montra toujours à notre égard plein de bonté et de sollicitude ; nous tenons à l'en remercier publiquement aujourd'hui et à ajouter l'hommage de notre affectueuse sympathie à la sympathie universelle dont il jouit.

Nous nous en voudrions si, avant de terminer, nous n'associons, dans une commune reconnaissance, dans une pensée affectueuse, et nos maîtres du lycée d'Aix et nos maîtres des hôpitaux de Marseille, d'Aix et de Tarascon. Nous serons éternellement plein de gratitude pour nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté de Montpellier ; nous nous souviendrons toujours que c'est à eux que nous devons notre éducation médicale, grâce à leurs leçons si intéressantes et si magistrales.



DES PESÉES DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

AU

POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

INTRODUCTION.

Dans les diverses fonctions d'internes que nous avons remplies à Aix-en-Provence et à Tarascon-sur-Rhône, les maladies des enfants nous ont particulièrement intéressé. C'est avec un vif et réel amour que nous nous sommes attaché à ces tout petits, qu'il importe de bien connaître et d'affectionner toujours plus. Aussi, notre joie a-t-elle été grande quand notre maître si distingué, M. le docteur Baumel, professeur de clinique médicale infantile, a bien voulu nous fournir comme sujet de thèse une question que tout médecin doit connaître à fond, sous peine de commettre les plus grandes erreurs. Nous traiterons donc des pesées de la première enfance, au point de vue physiologique et pathologique. Dans une première partie de notre modeste travail, nous indiquerons les pesées considérées chez les enfants normaux, dans leur évolution franche et physio-

logique ; dans une seconde partie, nous parlerons des affections diverses qui atteignent le nouveau-né, retentissent sur l'état général et occasionnent une diminution de poids.

Dans nos conclusions, nous chercherons à étudier les moyens propres à enrayer les divers cas morbides constatés.

Avant d'entreprendre le sujet de notre thèse, qu'il nous soit permis de dire combien grandes sont notre estime et notre reconnaissance envers M. le professeur Baumel, qui nous témoigna tant d'intérêt, combien nous sommes touché de l'amitié de M. le docteur Maillet, chef de clinique infantile, et de M. le docteur Réveil, interne du service, qui nous aidèrent de leurs conseils si utiles et si éclairés.

CHAPITRE PREMIER

IMPORTANCE DES PESEES. — QUELQUES MOTS D'HISTORIQUE.

Comme le dit excellemment M. le professeur Baumei, dans sa préface des *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, que d'existences ne pourrait-on pas sauver tous les jours, si le médecin, plus versé dans la connaissance de cet art, savait montrer aux familles, les dangers de telle ou telle pratique usuelle, les avantages d'une diététique sévère et bien conduite, l'utilité enfin d'une thérapeutique sûre et inoffensive. Dégager aussi nettement que possible les règles dont la notion est nécessaire à cette éducation médicale forte et vraiment scientifique ; préciser les époques ordinaires des différents stades de l'évolution dentaire et les multiples accidents qui peuvent survenir dans son cours, en y comprenant toutefois l'eczéma impétigineux et la chorée qui, jusqu'à ce jour, n'en faisaient point partie ; montrer les relations intimes qui unissent certaines maladies au sevrage (rachitisme) ou à l'alimentation (gros ventre, gastro-entérite alimentaire), telles sont les raisons pour lesquelles les maladies des enfants ne sont point des maladies ordinaires ; il importe de les étudier à part. »

Malgré les différentes opinions qui ont été émises à ce sujet, malgré Grancher, d'Espine, Picot, malgré la pu-

blication de leur remarquable Manuel pratique des maladies de l'enfance, nous croyons, avec Rilliet, Barthez, Parrot, Richard, de Nancy, Bouchut, nous croyons, avec M. le professeur Baumel lui-même, que la pathologie infantile est une spécialité, qu'il y a une pathologie et une clinique spéciales à l'enfant. Les pesées viendront toujours à l'appui du diagnostic et du pronostic des divers cas morbides qui sont le lot de l'enfance. Les pesées ont une importance considérable. Longtemps on négligea d'avoir recours à la balance, longtemps on commit de grandes erreurs de diagnostic, et longtemps les moyens thérapeutiques employés furent erronés. C'est à Rilliet et Barthez qu'on doit l'établissement des pesées systématiques ; ces maîtres vénérés montrèrent combien il était indispensable de peser souvent et de peser régulièrement les enfants. Depuis eux, l'habitude s'est généralisée, et dans tous les grands hôpitaux, les enfants, depuis leur naissance jusqu'à deux ans sont pesés fréquemment. Nous regrettons beaucoup que certains hôpitaux de province fassent exception à la règle, nous espérons néanmoins que l'exemple sera suivi dans un avenir rapproché. Mais le premier qui pesa les enfants fut Røederer, le célèbre accoucheur de Göttingen, qui s'exprimait : « *Ut veram incrementi rationem infantum post partum determinare quam eosdem infantes post eadem semper intervalla trutinæ imponere cœpi ponderisque incrementum atque longitudinem determinare.* » Quoi qu'il en soit, tous les auteurs reconnaissent à Chaussier le mérite d'avoir le premier constaté que les enfants perdent de leur poids avant de commencer à s'accroître d'une façon régulière. Quételet nous apprend, dans sa physique sociale, que les garçons pèsent plus que les filles. Natalis Guillot exalte les résultats et les avantages de la pesée quotidienne. En 1859,

Malgaigne, au courant des observations de Natalis Guilot, en tirait déjà la conclusion pratique qu'il ne faut pas opérer les enfants trop jeunes par suite de la funeste déperdition de poids qui se produit chez eux.

De l'observation attentive de deux petites filles pesées jusqu'au dixième mois, il conclut que l'accroissement est surtout marqué dans les premiers mois de l'année et beaucoup moindre dans les derniers. En 1860, Siebold expose un mémoire dans lequel il se montre partisan des pesées. Il a étudié les variations de poids dans les premiers jours chez 49 enfants, il constate que les maladies de la mère ont une influence fâcheuse sur le développement du nouveau-né. Siebold nie que l'enfant puisse augmenter immédiatement après la naissance ; parmi les causes qui déterminent la perte primitive de poids, il cite la richesse du colostrum en sels, l'issue du méconium, l'influence de l'air, le manque d'habileté du nouveau-né à prendre le mamelon, qui souvent, d'ailleurs, est mal conformé.

Deux ans plus tard, Winkel et Haake publient un mémoire sur le sujet qui nous intéresse. Les enfants diminuent jusqu'à la chute du cordon ombilical ; alors commence une marche ascendante qui les ramène au poids primitif dix jours environ après la naissance.

Dans sa thèse remarquable, le docteur Bouchaud admet que la perte des premiers jours doit être évaluée à 100 grammes ; les filles perdent plus que les garçons et les enfants les plus lourds perdent davantage. Bouchaud recherche ensuite la quantité de lait nécessaire à la vie et il donne des chiffres qui sont devenus classiques.

D'autres auteurs, et non des moindres que nous citerons pour mémoire, Quinquaud, Kesmarky, Elsaesser, Gregory, Lauro de Franco, Forsy, Second, se sont occupés avec talent des pesées des enfants.

CHAPITRE II

LES PESEES CONSIDEREES AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE

Nous n'avons pour l'instant qu'à étudier l'enfant normal. A sa naissance, le petit être pèse à terme trois kilogrammes environ. Quelques jours après, il y a une perte manifeste de poids due à l'expulsion du méconium et des urines, à la chute du cordon ; cette chute de poids est d'environ 170 grammes ; suivant les hasards de la statistique, elle peut être plus considérable pour les garçons ou pour les filles. Après deux ou trois jours environ, l'enfant commence à augmenter et atteint son premier poids d'ordinaire du 3^e au 8^e jour. Les enfants les plus gros, ceux au-dessus de 4.000 grammes, par exemple, perdent davantage. Si nous suivons à partir de ce moment l'évolution de l'enfant, nous verrons que pendant le premier mois, il augmente de 30 grammes environ par jour et de 5 grammes pendant le dernier mois, c'est-à-dire le douzième mois de la première année. Cette augmentation de poids, qu'on peut noter chez le nouveau-né normal, la balance à la main, si l'on nous permet cette métaphore, peut se résumer dans une loi, que nous appellerons la loi du professeur Baumel. Déjà, Auvard avait cherché à synthétiser dans une phrase les variations de poids de l'enfant physiologique. Notre maître en a donné une formule, que nous interpréterons de la sorte :

Pendant la première année qui suit la naissance, l'augmentation de poids du nouveau-né évoluant d'une manière physiologique, est de 30 grammes par jour les deux premiers mois ; elle diminue progressivement de 5 grammes tous les deux mois et par jour pour atteindre le chiffre quotidien de 5 grammes le onzième et le douzième mois.

Loi du Professeur Baumel

PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE

Mois		Augmentation par jour
Poids du fœtus 3 000 gram.	1.....	+ 30
	2.....	
	3.....	+ 25
	4.....	
	5.....	+ 20
	6.....	
	7.....	+ 15
	8.....	
	9.....	+ 10
	10.....	
	11.....	+ 5
	12...	

Toutes ces augmentations de poids quotidiennes et rangées par deux mois ont trait à l'enfant qui évolue normalement, c'est-à-dire à l'enfant chez lequel les diverses fonctions organiques se régularisent et tendent vers un état stable et normal. Il est aisé de voir que le poids du nouveau-né renseignera le médecin ou même la mère de famille sur les divers fléchissements de l'enfant ; une diminution de poids indiquera un état pathologique, résultat d'une insuffisance d'alimentation ; un excès de poids décelera le contraire et il sera alors facile de pouvoir por-

ter secours au petit malade. Ainsi donc, c'est une progression continue du poids de l'enfant que l'on doit avoir sous les yeux. Comment le constater ? Rien n'est plus aisé. Sans parler longuement du célèbre clinicien Variot qui, en maître expérimenté, a parlé de la technique des pesées, nous rappellerons que ce distingué professeur a fait une belle et grande découverte : le *pédiomètre*, dont il a exposé le fonctionnement et le principe en 1905 à l'Académie de médecine, et dont la Société médicale des hôpitaux de 1906, la Société de Pédiatrie de 1907 ont fait le plus brillant éloge.

Le moyen le plus pratique est celui dont on se sert dans toutes les Maternités et dans les services d'enfants malades : c'est la balance dite pèse-bébés. C'est une balance ordinaire, dont un des plateaux au lieu d'être rond, a la forme d'un rectangle allongé, à bords relevés, pour empêcher l'enfant de tomber. Dans ce plateau, il est d'usage de mettre un panier en osier, une couverture de laine. Dans l'autre plateau de la balance, on fait la tare. L'enfant est placé dans le panier ; on le pèse de préférence après le bain ; on a ainsi le plus exactement possible la pesée de l'enfant et on peut :

1° Etablir quotidiennement le nombre de grammes qu'il perd ou qu'il gagne ;

2° Montrer que l'enfant se porte bien ou est malade.

Dans les divers services des enfants, on transcrit tous ces poids sur des feuilles spéciales dites de pesées et on obtient des courbes de pesées. Dans le service de M. le professeur Budin, mort prématurément à Marseille ces dernières années, au-dessus du lit de chaque accouchée, se trouvaient deux pancartes : l'une, la feuille de température pour l'accouchée, l'autre, la feuille de poids pour

l'enfant ; d'un coup d'œil, le maître pouvait savoir à quoi s'en tenir sur la santé de l'une et de l'autre.

Dans la clinique de M. le professeur Baumel, à Montpellier, chaque enfant possède sa courbe de pesées, et on peut, à chaque instant, se rendre compte de ses variations.

Nous exposons, à la fin de notre ouvrage, quelques-unes de ces courbes, que nous avons empruntées dans le service, et que M. le docteur Maillet, notre ami si distingué, a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous avons déjà indiqué les divers travaux de certains maîtres au sujet des pesées de l'enfance. Quand doit-on pratiquer ces pesées ? Nous croyons qu'il convient de le faire durant les deux premières années de l'enfance et que chaque semaine, on pèsera deux fois pendant la première année. La seconde année, on pourra se dispenser d'une aussi grande rigueur. C'est, en effet, pendant la première année surtout que les pesées seront systématiquement effectuées, car elles seules, grâce à la balance, montreront au médecin, à la mère, à la nourrice que le lait est peut être insuffisant en quantité ou en qualité.

Le moindre trouble dans la nutrition de l'enfant est trahi sans retard et le praticien peut intervenir à temps avant que la santé de l'enfant n'ait été trop altérée par la cause fâcheuse.

La balance montrera donc la quantité de lait que prend l'enfant et, par déduction, la quantité qu'il devrait prendre. Nous touchons en ce moment-ci à la question si intéressante de l'allaitement. Nous la laissons de côté volontairement, nous réservant de la reprendre à la fin de notre modeste travail. Nous n'avons jusqu'à présent parlé des pesées qu'en considérant l'enfant normal.

Si nous suivons une courbe de pesées chez un nouveau-né normalement constitué, dans son évolution physiolo-

gique, nous constatons qu'il existe parfois des fléchissements ; tantôt la courbe est franchement ascendante, parfois elle semble descendre fort bas ; un esprit peu avisé croira à une affection naissante ; il n'en est rien : on se trouve en présence de fléchissements légers, physiologiques, transitoires, momentanés. Ces ascensions et descentes alternatives des poids sont dues à une cause que M. le professeur Baumel a mise nettement en lumière. Cette cause est l'évolution dentaire, que nous étudierons tout à l'heure, quand nous nous occuperons des pesées de la première enfance au point de vue pathologique. Qu'il nous soit permis de dire que, dans ces évaluations de pesées, l'évolution dentaire n'intervient pas avec l'acuité funeste que nous lui retrouverons plus tard. Là, elle s'exerce normale, physiologique, se contente de créer quelques légers troubles, s'arrête et l'enfant redevient normal.

La courbe devient également normale ; les pesées deviennent fixes et l'augmentation de poids se manifeste rationnelle.

CHAPITRE III

LES PESEES DE LA PREMIERE ENFANCE AU POINT DE VUE PATHOLOGIQUE

Tout état pathologique de l'enfance retentit sur les divers appareils de l'organisme et détermine soit un abaissement, soit une chute de poids. Nous étudierons le nouveau-né : 1° *au moment de la naissance* ; 2° *de la naissance à six mois* ; 3° *après six mois* ; 4° *après deux ans*.

Là s'arrête à peu près la première enfance et nous bornerons notre examen à cette date-là. A chacun de ces divers cas correspond un tableau de pesées, d'après lequel on pourra se rendre compte exactement de nos argumentations.

1° NOUVEAU-NÉ AU MOMENT DE LA NAISSANCE

Le nouveau-né peut venir au monde sous des influences diverses, au bout du septième mois. Cet accouchement précoce nous donne un fœtus, qui toujours pèse moins que le fœtus ordinaire de neuf mois. Au lieu de 3 kilogrammes ou 3 kilog. 500, nous ne notons à la balance que 2 kilogs, 2 kilogs 500 ; soit souvent une diminution de 1 kilog ou de 500 grammes au minimum. Nous avons affaire à un enfant prématuré. Or, il est évident que l'enfant aura à lutter considérablement contre les influences extérieures pour devenir d'abord normal et évoluer ensuite phy-

siologiquement. Or, il se présente ici deux cas intéressants à signaler :

L'enfant, quoique de taille et de poids insuffisants, sera bien constitué ; nous voulons dire que les différents appareils, quoique plus petits, seront néanmoins suffisants ; que leurs fonctions physiologiques seront telles qu'on pourra espérer un rétablissement rapide. C'est ce qui se produit fort souvent. Combien de fois, quotidiennement, ne voyons-nous pas de petits enfants frêles, dont la balance n'indique qu'à bien au-dessous de la normale, arriver, par suite d'une alimentation spéciale, à récupérer le déficit.

L'allaitement, bien compris, fractionné dans ses doses, régulièrement surveillé, tel est le procédé qui donne la vie au petit être, qui en fait un être viable. Après quelques jours, quelques mois de poussées irrégulières, la courbe franchit le chiffre de 3 kilogs, de 3 kilogs 500 et nettement la santé de l'enfant s'accuse.

Dans un second cas, et c'est de beaucoup le plus fréquent, l'enfant prématuré manifeste de la débilité ; il est frêle, chétif. Non seulement, ses organes sont petits, mais ils sont insuffisants ; la digestion est incomplète ; la circulation est faible, les sécrétions presque nulles. L'enfant devient athrepsique. L'athrepsie a été bien étudiée par Parrot, et nous en avons une explication savante dans Paris (1877), page 136.

L'athrepsie est une maladie du nouveau-né. Elle est marquée par un signe très net : l'amaigrissement continu et progressif. Cet amaigrissement est d'un pronostic sévère pour l'enfant. A chaque abaissement du poids du petit, c'est un pas de plus vers la tombe qui s'effectue. C'est là surtout que la balance est utile. Elle permet d'avoir immédiatement une idée sûre du pronostic. Que d'erreurs

seraient évitées, que de décès à enregistrer en moins, si cette pratique était généralisée et admise partout, si les mères de famille elles-mêmes pouvaient se laisser convaincre de son utilité !

En dehors du symptôme, pour ainsi dire pathognomonique de l'athrepsie, deux signes qui ne manquent jamais sont ceux de la gastro-entérite, les vomissements et la diarrhée. A quoi sont dus ces phénomènes ? A deux facteurs importants : à l'alimentation vicieuse ou à l'insuffisance d'alimentation. Tantôt on donnera au nourrisson de la farine lactée, pratique qui doit être sévèrement proscrire, surtout pendant les premières semaines de l'existence. Tantôt, il y aura de la sécrétion lactée, insuffisante et lente à s'établir chez la mère. L'enfant prendra peu. Donc, ou il s'alimentera mal ou insuffisamment, et si nous ajoutons à ces deux causes primordiales la débilité native du nourrisson prématuré, aux organes faibles auxquels une alimentation réglée est nécessaire, on jugera bien vite combien fatal peut être le pronostic pour l'enfant.

Que de fois avons-nous vu des nourrices réellement obstinées, donner une alimentation vicieuse à leurs petits nourrissons ; rien ne les arrêtaient, ni les vomissements, ni la diarrhée de l'enfant ; la gastro-entérite s'accroissait, l'enfant s'émaciait journellement ; on se gardait bien d'avoir recours à la balance et quand le médecin était consulté, il était souvent trop tard.

Ainsi donc, devant un enfant prématuré que la balance indiquera constamment comme restant au-dessous du poids normal, quand on aura constaté de la gastro-entérite symptomatique, quand l'amaigrissement sera continu et progressif, on pourra faire aisément le diagnostic d'athrepsie. Ce diagnostic sera souvent confirmé plus tard

par la seconde période de l'athrepsie, la période hématique qui succède à la période gastro-intestinale. Si la première est constituée par des troubles digestifs, la seconde résulte d'une auto-intoxication sanguine. Cette auto-infection conduit à des phénomènes graves, qui sont l'anurie et des accidents nerveux convulsifs. Un amaigrissement considérable de l'enfant se montre alors, résultat de l'autophagie des tissus. C'est la troisième période, la période cachectique. La peau devient sèche, le pouls petit, imperceptible, du muguet envahit la bouche. Le pronostic est souvent fâcheux, il faut hospitaliser l'enfant et lui instituer un traitement que nous étudierons plus loin.

2° NOUVEAU-NÉ A SIX MOIS

De la naissance à six mois, le nouveau-né peut être atteint d'affections diverses. Ici, nous écarterons l'hypothèse de l'enfant prématuré pour n'étudier que l'enfant qui vient au monde au bout de neuf mois. Il est évident que l'enfant prématuré suit son évolution normale et que son pronostic est en raison directe des périodes d'athrepsie par lesquelles il passe et qui sont fâcheusement indiquées par la balance.

Le nouveau-né est nourri avec du lait. Que constatons-nous chez un grand nombre de nourrissons ? ou, plutôt, plus scientifiquement, que constatons-nous parfois à la lecture des courbes des pesées ? Des hauts, des bas sont manifestes, des fléchissements alternant avec des ascensions non franches ; puis, de la chute continue de la courbe.

L'enfant fléchit, faiblit de plus en plus ; son teint devient terreux, son pouls filant, la constipation se dispute avec de la diarrhée et des vomissements, et ne tarde pas

à présenter le tableau des maladies ci-dessus indiquées. C'est qu'on a mal nourri le nouveau-né, on l'a fort peu surveillé ; la nourrice, la mère ont donné du mauvais lait, ou bien elles n'en ont pas donné assez, n'en ayant pas assez elles-mêmes ; ou bien, comme l'enfant criait, ou bien comme on a cru bien faire, on a suralimenté l'enfant.

Le nouveau-né a eu d'abord des régurgitations, puis des vomissements, puis de la diarrhée alternant avec de la constipation. Cette gastro-entérite chronique a donné parfois les plus vives alarmes. On aura eu affaire quelquefois à du choléra infantile, à de la gastrite aiguë. Le nouveau-né ne tardera pas à devenir athrepsique, il offrira les caractères de ce que Variot appelle l'*atrophie* ou l'*hypotrophie*, ou ce que M. le professeur Baumel appelle l'*athrepsie tardive*.

A côté de cette athrepsie tardive, les diverses maladies générales, les diverses maladies locales auront un retentissement sur le poids de l'enfant. Les affections de la peau nous montrent quotidiennement leur effet déplorable sur la pesée des nourrissons. Nous exposons, à la fin de ces quelques pages, une courbe de pesées d'un enfant atteint d'eczéma généralisé. Cet érythème, cette dermatite a du reste fait, il y a quelques mois, l'objet d'une étude approfondie d'un de nos amis.

Les maladies des organes des sens, telles que l'ophtalmie du nouveau-né, l'otite, ont une influence vraiment fâcheuse et nous avons pu en constater journellement quelques exemples. Quant aux affections de l'appareil digestif, stomatites, muguet, aphtes, angines, dyspepsies du nourrisson, dysenterie, vers intestinaux, elles ne sont pas moins intéressantes à démontrer qu'elles contribuent à affaiblir le petit enfant. Nous n'oublierons pas non plus de citer les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies

du cœur, du foie (ictère du nouveau-né, foie cardiaque), les maladies du système génito-urinaire, les maladies du système nerveux. Mais cette pathologie est plutôt l'apanage de l'enfant vers l'âge de deux ans.

En résumé, les pesées, dans cette seconde période, indiqueront dans leurs fléchissements qu'il y a maladie. On devra toujours songer aux fièvres éruptives, à un trouble quelconque de la nutrition ou à un trouble héréditaire (syphilis).

3° APRÈS SIX MOIS

Vers l'âge de six mois et jusqu'à deux ans, les mêmes troubles indiqués ci-dessus apparaissent ; les mêmes causes amènent les mêmes effets et la balance, inflexible dénonciatrice, indique les mêmes phénomènes morbides. C'est vers cette époque que se fait l'éruption des premières dents. On note donc, à cette époque, les divers accidents de dentition qu'a fort bien signalés notre maître, le professeur Baumel, dans ses leçons cliniques sur les maladies des enfants. Dans chacune des trois périodes qui caractérisent l'évolution dentaire :

1° Période intra-maxillaire ;

2° Période d'éruption ;

3° Période extra-maxillaire

des affections consécutives atteignent l'enfant.

Quel est l'ordre suivant lequel apparaissent les dents de lait. Au nombre de vingt, elles se répartissent ainsi par groupes de deux :

1° Incisives médianes inférieures ;

2° Incisives médianes supérieures ;

3° Incisives latérales supérieures ;

4° Incisives latérales inférieures ;

- 5° Premières petites molaires inférieures ;
- 6° Premières petites molaires supérieures ;
- 7° Canines inférieures ;
- 8° Canines supérieures ;
- 9° Deuxièmes petites molaires inférieures ;
- 10° Deuxièmes petites molaires supérieures.

Ces dents de lait, appelées encore dents de la première dentition, organisent leur éruption de six mois à deux ans et demi. Ce sont les deux dents inférieures d'un groupe qui se montrent avec les supérieures correspondantes. Les incisives latérales, elles, au contraire, montrent un ordre inverse. C'est pendant cette évolution dentaire que l'enfant montre des symptômes fâcheux qui peuvent alarmer l'entourage. Chez presque tous les enfants atteints de diverses affections, dont le diagnostic ne sera toujours pas facile, mais dont les symptômes seront toujours manifestes du côté de l'appareil buccal, il sera aisé d'inférer que les dents sont la cause primordiale pour ne pas dire unique des lésions constatées.

Nous avons eu le bonheur de constater, dans le service de M. le professeur Baümel et nous avons eu l'honneur d'en faire l'examen à nos dernières épreuves du doctorat en médecine, une enfant atteinte de troubles digestifs. La petite fille manifestait de la céphalée intense accompagnée de gastro-entérite ; l'estomac était en dilatation et les nausées étaient fréquentes. En interrogeant bien la fillette, on pouvait commettre aisément une erreur de diagnostic et se laisser aller à indiquer de la dothiéntérie.

A l'examen des dents de l'enfant, notre maître constata avec justesse que des dents étaient cariées, qu'on pouvait noter de l'insuffisance et du retard dans l'évolution dentaire. D'où il conclut avec raison que les troubles étaient sous la dépendance directe d'une malformation dentaire.

Cet exemple hospitalier nous conduit à examiner la bouche d'un malade. On note de la gingivite, du mâchonnement, une salivation plus intense, du grincement des dents, de l'agitation et de l'insomnie. Le petit touche ses gencives avec ses mains, signe très important qu'il ne faudra jamais laisser de côté.

Nous avons donc indiqué succinctement les diverses périodes de l'évolution dentaire. A chaque période, une pesée de l'enfant pratiquée montrera une variation remarquable ; l'éruption d'une dent indiquera donc qu'il y a affection. Quelles sont ces affections ? Nous ne voulons pas, ce n'est pas notre sujet de thèse, passer en revue les diverses affections qui obéissent à la dentition ; nous résumerons seulement le chapitre fort intéressant que M. le professeur Baumel citait naguère.

L'évolution dentaire s'effectuant mal, elle entraîne de la gingivite, de l'inflammation, de l'hyperthermie ; il y a un trouble de la nutrition générale et diminution dans la courbe.

1° Il peut y avoir de l'évolution dentaire anormale ;

2° Il peut y avoir de l'évolution dentaire retardée.

Ces diverses modalités entraîneront des affections diverses et nous ne citerons que pour mémoire, les bronchites et broncho-pneumonies, l'eczéma de la face et l'eczéma généralisé dont nous donnons à la fin de notre travail une intéressante observation et une courbe de poids.

Les indigestions, les convulsions, la gastro-entérite aiguë ou chronique, l'engorgement également aigu ou chronique des ganglions du mésentère, la constipation, la diarrhée, le gros ventre relèvent souvent d'une malformation dentaire. Les organes génitaux éveillent chez certains enfants des vices déplorables, conséquence aussi d'une mauvaise évolution dentaire. Nous n'oublierons

pas de citer les maladies infectieuses, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, coqueluche, diphtérie.

Mais il existe une affection qui semble devoir être étudiée un peu de plus près et sur laquelle Parrot a affirmé ses investigations : nous voulons parler du rachitisme plus ou moins précoce dont le maître si distingué a fait le synonyme de syphilis héréditaire, bien que la syphilis à notre avis n'accompagne pas toujours le rachitisme.

A quoi est dû le rachitisme ? Sans entrer dans des considérations fort étendues à son égard, l'étiologie se résume en :

- 1° Apport nutritif défectueux ;
- 2° Alimentation insuffisante et incomplète.
- 3° Elongation du squelette, d'où déformation osseuse.

Or, cette nutrition défectueuse, insuffisante qui réduira les phosphates calcaires, élongera les os, affaiblira l'enfant de telle sorte qu'il deviendra bossu, etc... est due fort souvent à une mauvaise mastication des aliments, à un retard ou à une insuffisance dentaire. Il est évident qu'indépendamment des appareils orthopédiques destinés à redresser l'enfant, il faudra en redresser aussi l'intérieur par du phosphate de chaux, des toniques, etc...

4° APRÈS DEUX ANS.

A cette époque-là, nous franchissons un peu le cadre de notre sujet. L'enfance existe toujours, intéressante et parfois, hélas, trop pathologique ! Elle offre souvent les mêmes affections qui n'ont pas rétrogressé ; mais de nouvelles viennent s'ajouter, elles en sont son apanage ; la tuberculose avec son hideux cortège, le rachitisme, la scrofule et les divers états aigus qui semblent épargner un peu la première enfance, s'exercent avec violence et prédilection marquée sur les enfants âgés de plus de deux ans.

CHAPITRE IV

LES PESEES ORDONNENT UN TRAITEMENT.

Nous arrivons alors à la fin de notre sujet, traité au point de vue de sa physiologie et de sa pathologie. Nous nous en voudrions de ne point indiquer ce qu'ordonnent les pesées.

Normale, la courbe montrera que l'enfant se porte bien et il y aura lieu de continuer l'alimentation donnée jusqu'alors tant au point de vue qualité que quantité.

Mais si on a affaire à un enfant dont le poids va sans cesse en diminuant, des mesures hygiéniques et alimentaires s'imposent immédiatement et le médecin a le devoir impérieux de les faire exécuter au plus vite.

L'enfant a droit à un volume d'air respirable plus considérable que l'adulte. Les hôpitaux actuels sont intransigeants à ce sujet ; la température sera de 18°. Les vêtements seront larges afin d'éviter toutes sortes de contractions. Que de déformations musculaires et même osseuses seraient évitées si l'on avait à l'esprit et constamment ces sages conseils !

Tout ceci a trait à l'hygiène, mais l'alimentation constitue le grand moyen de traitement dans les affections qu'indiqueront les pesées.

Nous savons qu'il y a deux sortes d'allaitement :

1° L'allaitement exclusif ;

2° L'allaitement mixte.

L'allaitement exclusif est naturel quand c'est la mère ou la nourrice qui nourrissent l'enfant ; artificiel quand l'enfant boit du lait animal. L'allaitement mixte comprend du lait animal et maternel ; il est préférable à l'allaitement artificiel. Les tétées devront être régularisées, toutes les deux heures l'enfant prendra le sein ; il y aura donc 12 tétées par jour, 6 la nuit et 6 le jour ; quand l'enfant dort, il sera considéré comme ayant tété. « Qui dort dîne. »

Jusqu'à six mois, ces prescriptions seront sagement suivies ; à partir de ce moment, on remplace une tétée par une prise de lait ; on arrive à pratiquer au bout de huit mois la suppression totale des tétées par le sevrage progressif, de beaucoup préférable au sevrage brusque.

La tétée est de 10 à 15 minutes. Quand elle ne pourra avoir lieu, on aura recours au biberon qui sera une fiole graduée ou non avec une tétine.

Pendant le premier mois, le lait du biberon, stérilisé après la traite, sera coupé avec de l'eau bouillie. La quantité de lait à donner à l'enfant est en rapport avec la capacité de son estomac ; c'est 100 grammes qu'on lui donnera chaque jour pendant le 1^{er} mois, et on multipliera par 2, 3, 4, 5, etc., pour chaque mois suivant.

Le lait sera stérilisé, s'il est artificiel, porté au bain-marie à la température de 70 degrés, à l'aide d'un stérilisateur (Soxhlet, Budin), pendant 40 minutes. On détruira ainsi les fermentations, les microorganismes qu'il contient, que l'air y apporte ou que les divers récipients contiennent.

Après le sevrage, qui aura été progressif et non brusque, l'enfant fera quatre repas par jour.

1° Petit déjeuner le matin, à huit heures, au lever : lait ou chocolat cuit, avec ou sans pain.

2° Déjeuner à midi : soupe ou potage, œuf ou purée, viande blanche.

3° Goûter, tasse de lait.

4° Dîner, à 7 heures : soupe ou potage ; œuf ou purée.

Telles sont les diverses formes d'alimentation qu'il sera nécessaire d'instituer avec énergie chez les petits êtres que les pesées indiqueront comme malades.

On ne négligera pas, à côté de l'hygiène et de l'alimentation, la thérapeutique médicamenteuse qui viendra aider au traitement général. Il faudra ne pas oublier toutefois l'axiome :

« *Primum non nocere* »

qui est surtout applicable à la médecine infantile. Pour chaque substance il faut connaître la dose à administrer, suivant l'âge du sujet ; les toniques et les reconstituants, le quinquina, le glycérophosphate de chaux, l'arséniate de soude sont indiqués.

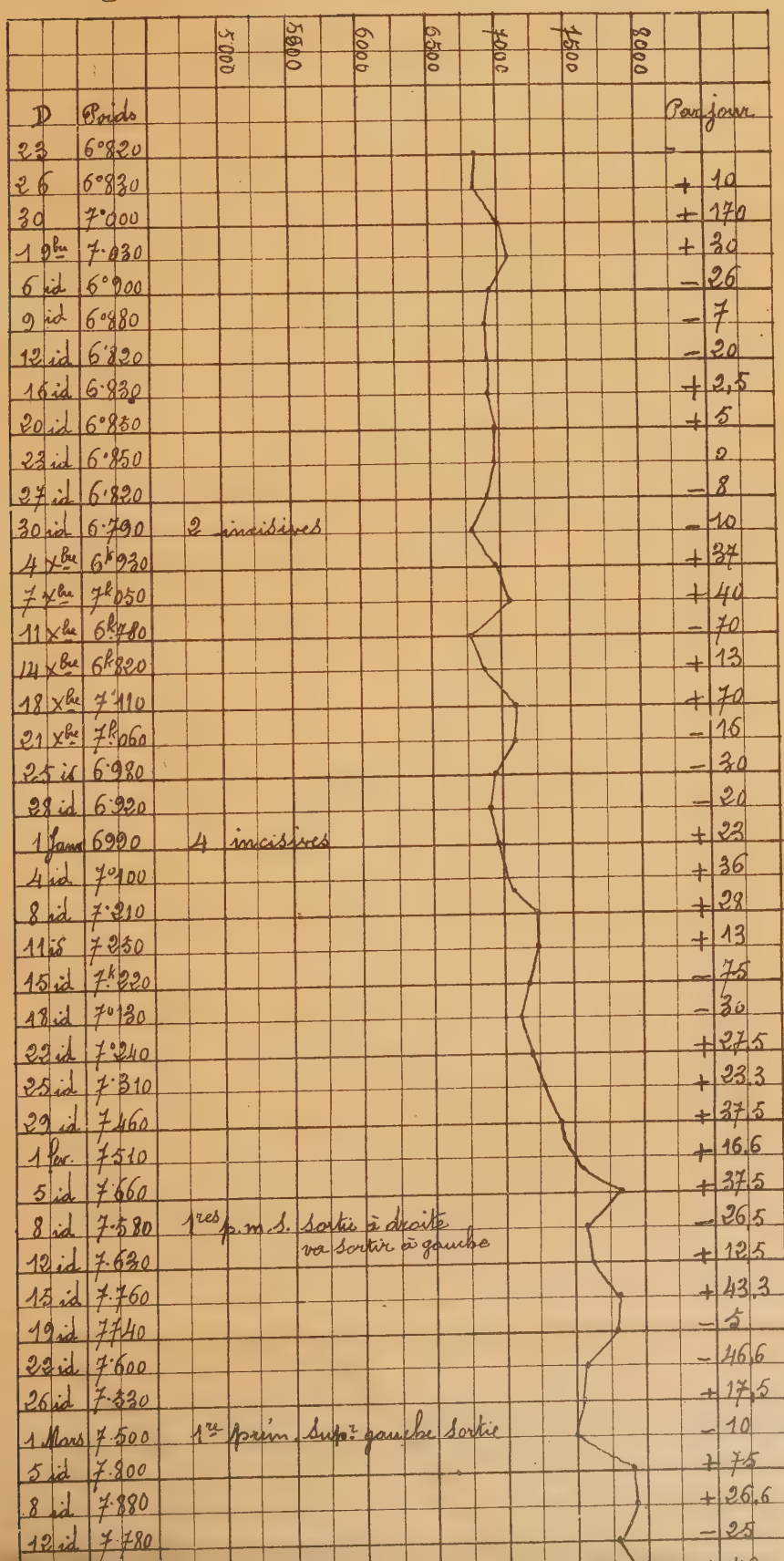
On n'oubliera pas non plus de surveiller l'antisepsie buccale, et nous citerons volontiers le collutoire du professeur Baumel, dont on badigeonne trois fois par jour la cavité buccale.

C. { Borate de soude..... { 44 parties égales.
 { Miel rosat..... }

On se servira également de la potion suivante :

P. { Teinture de musc. .. IV gouttes (quatre).
 { Eau de chaux..... 60 grammes.
 { Eau de laitue ...,... 60 grammes.
 { Sirop simple 30 grammes.

N. A. 1 an Entré 22 Octobre 1909



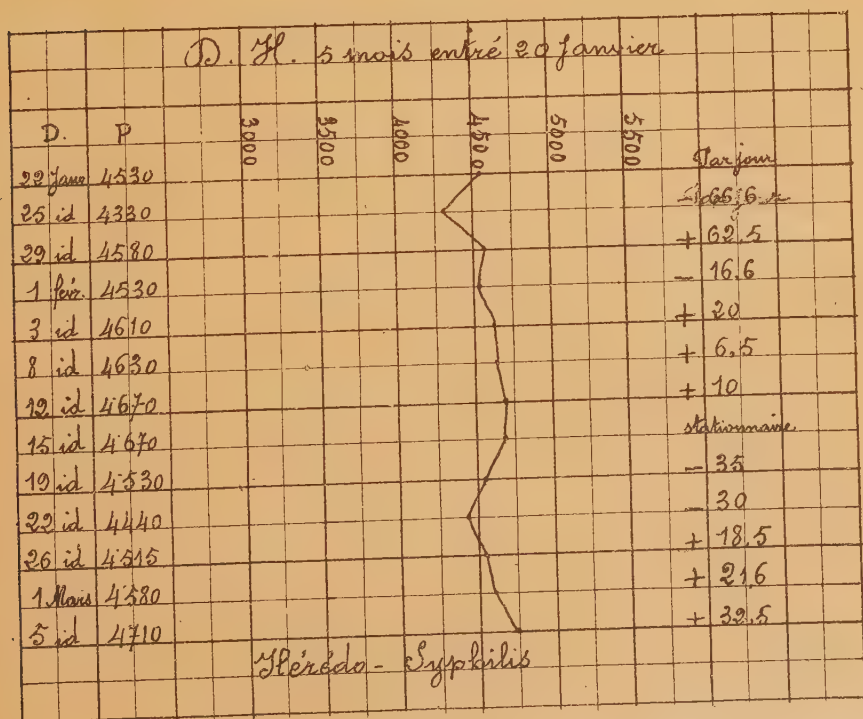
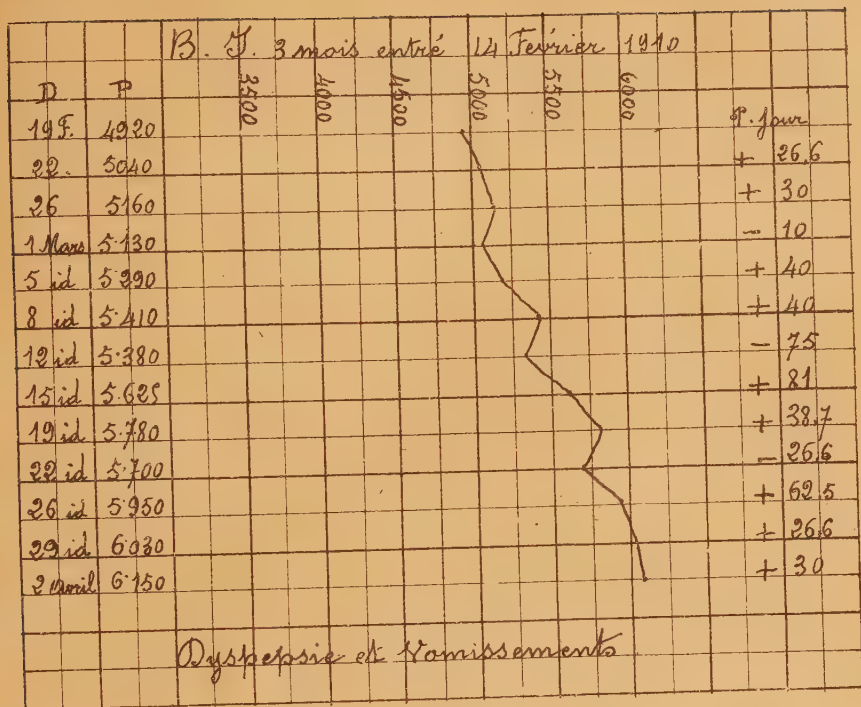
CONCLUSIONS.

Les pesées doivent être systématiquement effectuées. Elles indiquent, par leurs diminutions lentes ou brusques, que l'enfant est en danger ; elles sont utiles au diagnostic de l'affection, permettent de rendre parfois bénin le pronostic et exigent en tout cas un traitement immédiat. Nous finirons par cette phrase : Un médecin consciencieux ne peut pas et ne doit pas laisser de côté cette question intéressante au plus haut point ; il ne lui faut rien négliger pour enrayer les affections infantiles nombreuses puisque l'on a dit que : « l'enfance était la période de la vie où l'on mourait le plus. ».

D. 17 mars 26 9^{he} 1959

D	P		
27 9 ^{he}	5 ^k 130		
30 9 ^{he}	5 ^k 200		+ 23
4 x ^{he}	5 ^k 000		- 50
7 x ^{he}	5 ^k 070		+ 23
11 x ^{he}	4 ^k 960		- 30
14 x ^{he}	5 ^k 130		+ 63
18 x ^{he}	5 ^k 040		- 23
21 x ^{he}	5 ^k 010		- 10
25 id	5 140		+ 35
28 id	5 180		+ 13
1 ^{er} mars	5 160		- 6
4 id	5 200		+ 13
8 id	5 190		- 3
11 id	5 170		- 7
15 id	5 ^k 170		Stationnaire
18 id	5 170		Stationnaire
22 id	5 140		- 7,5
25 id	5 170		+ 10
29 id	5 130		- 10
1 ^{er} avril	5 220		+ 30
5 id	5 320		+ 42,5
8 id	5 310	1 mol Sup. droite en évolution	- 26,5
12 id	5 470		+ 42
15 id	5 600		+ 43
19 id	5 530		- 17,5
22 id	5 640		+ 30
26 id	5 750	4000	+ 27,5
1 Mars	5 860	4500	+ 36,6
5 id	5 960	5000	+ 25
8 id	6 120	5500	+ 53,3
12 id	6 140	6000	+ 5
15 id	6 120		- 6,5
19 id	5 960		- 40
22 id	5 890		- 23,3
26 id	5 950		+ 15
29 id	5 880		- 23,3
2 avril	5 570		- 77,5
5 id	6 040		+ 156,6
9 id	6 050		+ 2,5

Atrophie tardive



OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE.

Prise dans le service de M. le Professeur Baumel
(Due à l'obligeance de M. le Docteur Maillet, chef de clinique)

D... est âgée de 17 mois. Elle est hospitalisée depuis le 26 novembre 1909. Allaitement artificiel depuis la naissance. L'enfant n'a progressé que très lentement et a toujours été bien moins développée que les nourrissons de son âge.

Actuellement, à 17 mois, elle ne pèse que 5.130 grammes.

Au point de vue dentaire, il y a deux incisives supérieures et deux incisives inférieures.

Depuis son entrée, sans présenter aucun trouble bien caractérisé, l'enfant a une courbe de poids stationnaire, avec des oscillations.

Le 22 février 1910, on signale des vomissements chez l'enfant, dus, sans aucun doute, à des troubles de l'évolution dentaire, car on note l'apparition de sept dents.

OBSERVATION II.

Prise dans le service de M. le Professeur Baumei

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Maillat, chef de clinique)

J. A..., âgée de un an et un mois, entrée à la Crèche de la clinique des maladies des enfants, le 22 octobre 1909, pour un eczéma très étendu de la face et du cuir chevelu.

C'est une enfant de l'assistance publique. Placée en nourrice, elle a été allaitée au sein jusqu'à ces derniers temps (2 ou 3 semaines avant son entrée). Elle recevait en outre quelques biberons supplémentaires. L'eczéma remonte à l'âge de deux mois. C'est un eczéma suintant qui a été toujours, dit-on, aussi marqué qu'au jour de son entrée. Il couvre les deux joues, le front et une partie de la peau du crâne.

Le 22 octobre, elle n'a qu'une seule dent. On règle l'alimentation, on fait le traitement de l'eczéma suintant par la poudre de talc stérilisée. L'enfant pèse à son entrée 6.820 grammes. La courbe de poids reste stationnaire les premiers temps de son entrée, avec quelques fléchissements.

Le 30 novembre, le poids est de 6.790 grammes. L'enfant a deux incisives qui sont sorties. Le 11 décembre, le poids est de 6.780 grammes. Au 1^{er} janvier 1910, l'enfant a les quatre incisives médianes. A partir de ce moment, le poids augmente assez régulièrement, avec une simple défaillance du 15 au 18 janvier.

La première prémolaire supérieure droite est en évolution intramaxillaire. Le 5 février l'enfant pèse 7.660 grammes. Le 8 février le poids est de 7.580 grammes. On constate la sortie de la première prémolaire supérieure droite.

On note ensuite de l'augmentation légère jusqu'au 15 février.

La balance accuse 7.760 grammes. Depuis le 15 février, la diminution est assez marquée.

Au 1^{er} mars, la première prémolaire supérieure gauche est sur le point de sortir.

L'eczéma est en ce moment stationnaire, mais il y a une amélioration très marquée par rapport à son état d'entrée.

La première prémolaire supérieure gauche est sortie. L'enfant a alors 16 mois. On note aussi la sortie de la première prémolaire gauche inférieure.

L'enfant est guérie de son eczéma, mais apparition subite de rougeole, nécessitant son envoi aux contagieux.

OBSERVATION III.

Prise dans le service de M. le Professeur Baumel
(Due à l'obligeance de M. le Docteur Maillet, chef de clinique)

C. M... a 11 mois. Elle est entrée le 30 octobre 1909 dans un état de grande misère physiologique. Allaitée artificiellement depuis la naissance par une nourrice mercenaire, cette enfant a présenté, depuis trois semaines environ, de la diarrhée et des vomissements. Le poids est de 5.210 grammes. On ne note qu'une seule dent. Il y a du muguet. Bronchite légère disséminée. Ganglions multiples mais peu volumineux dans les aînes et sous les aisselles.

Otorrhée double.

Les vomissements continuent la première semaine et l'enfant baisse de poids jusqu'à 4.500 grammes, puis son état général semble s'améliorer.

Actuellement, on note 3 dents. Le poids est de 4.760

grammes. A part la réglementation des prises de lait, on a fait régulièrement l'antisepsie auriculaire.

Le 11 décembre, 4 dents.

Le 12 février, une prémolaire supérieure gauche.

Passée aux contagieux pour rougeole.

OBSERVATION IV.

Prise dans le service de M. le Professeur Baumel
(Due à l'obligeance de M. le Docteur Maillet, chef de clinique)

O. S., âgée de un mois et demi. Elle est entrée à la Clinique des maladies des enfants à la crèche, le 12 mars 1910. Enfant abandonnée, elle vient de la maternité où elle est nourrie artificiellement. Elle est envoyée à l'hôpital pour bronchite et diarrhée verte.

L'enfant pèse 2.300 grammes, c'est une athrepsique, à facies sénile, aux extrémités froides et cyanosées, à la peau sèche et plissée.

Diarrhée verte très liquide. A eu quelques vomissements au début. A l'auscultation des deux côtés, on note des foyers de râles sous-crépitants avec prédominance à droite.

Un peu de muguet. On règle l'allaitement. On prescrit un looch blanc avec benzoate de soude, 1 gramme, la potion du muguet.

Eau de chaux.....	} <i>à</i> 60 grammes
Eau de laitue.....	
Teinture de musc	IV gouttes.
le collutoire au	{ Borate de soude. Miel rosat.

Etat stationnaire les deux ou trois premiers jours. Le poids diminue.

Nouvelle poussée de broncho-pneumonie le 18.

La diarrhée cesse à ce moment.

L'enfant a commencé à prospérer, puis de nouveau perte de poids sensible à partir du 2 avril. Du 5 au 9, il y a eu un peu de diarrhée.

Le 16 avril, la diarrhée diminue.

OBSERVATION V.

Prise dans le service de M. le Professeur Baumié
(Due à l'obligeance de M. le Docteur Maillet, chef de clinique)

B. J..., âgé de 3 mois, entré à la crèche le 22 février 1910. Cet enfant a été envoyé du service de M. le docteur Rauzier, professeur de clinique médicale, où sa mère était en traitement pour pyélo-néphrite post partum. Il vomit, dit la mère, après chaque tétée, la plus grande partie de ce qu'il prend. Or, l'allaitement n'est pas du tout réglé. La mère donne le sein chaque fois que l'enfant pleure, pour que ses cris ne dérangent pas les autres malades. La mère, très bonne nourrice, a du lait en quantité plus que suffisante et l'enfant prend dans cinq minutes beaucoup plus qu'il ne devrait prendre. On règle le nombre des tétées, mais la durée est presque toujours trop forte. La mère a eu une crise de pyélo-néphrite, avec fièvre et un peu d'albuminurie qui obligent à la mettre au régime lacté. Son lait diminue et l'enfant depuis vomit moins.

Son poids, d'ailleurs, va en augmentant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUVARD. — Le nouveau-né.

— Gazette hebdomadaire, 17 février 1888.

— Bulletin général de thérapeutique, 15 mai 1888.

AUSSET. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants,
faites à l'hôpital St-Sauveur, 1899.

BARBARIN. — L'hygiène de l'enfant.

BAUMEL. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants,
faites à l'hôpital général, 1889-1892.

— Précis des maladies des enfants.

BILLARD. — Maladies des enfants, 1828.

BUDIN, TARNIER et CHANTREUIL. — Manuel pratique de
l'allaitement.

BALL A. — L'hygiène de l'enfant.

COMBY et GRANCHET. — Traité des maladies de l'enfance.

— Traité du rachitisme.

CHAILLON. — Hygiène générale d'une crèche.

DONNÉ. — Conseils aux mères.

DESPINE et PICOT. — Traité pratique des maladies de l'en-
fance.

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement. Le nou-
veau-né, page 223.

- FONSAGRIVES. — Hygiène infantile, page 26.
- GASTON. — Hygiène et pathologie.
- HUTINEL. — Des maladies des enfants, tome I.
- ICARD. — L'alimentation des nouveau-nés.
- KEZMARKY. — Ueber die Gewichtsveränderungen reifer. Neugeborenen.
— Archiv für Gynäkologie, Berlin 1873.
- JOSIAS. — Thérapeutique infantile.
- LESAGE. — Les gastro-entérites du nourrisson.
- LAURO DE FRANCO. — Recherches sur le poids et l'accroissement du nouveau-né.
- MARFAN. — Allaitement et alimentation des enfants du premier âge.
- MAYGRIER. — Les consultations du nouveau-né.
- PARROT. — L'athrepsie, page 136.
- PÉRIER. — Première enfance.
- PÉHU. — L'alimentation des enfants malades.
- QUINQUAUD. — Le nouveau-né, thèse, Paris, 1872.
- RIBEMONT et DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.
- ROUGEOT. — Traité pratique d'allaitement de la première enfance.
- RILLET et BARTHEZ. — Maladies infantiles.
- SIMON Jules. — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, tome I, page 15.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale, tome I, page 52.
- TERRIEN. — Précis d'alimentation.
- UFFELMANN. — Hygiène de l'enfance, traduction du docteur Biehler.
- VARIOT. — L'hygiène infantile.
- VARIOT, LAZARD, ROGER. — Clinique infantile, 1905.

VALLOIS. — Le nouveau-né.

Rapports à l'Académie de médecine de 1905.

Société de pédiatrie, 1906.

Société médicale des hôpitaux, 1907.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 3 juin 1910.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 3 juin 1910.

Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
